

**Relatores:**

Liron Kabakov, Yehonathan Friedlander, Daniel Rotenberg,  
Amin Younis, y Benjamin Coyac, con Jacob Horwitz

**Afiliación:**

Programa de periodoncia acreditado por la EFP en el Rambam  
Health Care Campus, Israel

**Traductor:**

Jordi Navarro Alumno de posgrado de Periodoncia y Osteointegración, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

**estudio**

# ¿Sellar o no sellar? ¿Cuál es el consenso en preservación alveolar?

**Autores:**

João Roig Martins, Tassiane Panta Wagner, Ana Carolina Vallim, Willian Konflanz, Falk Schwendicke, Roger Keller Celeste,  
Alex Nogueira Haas

## Antecedentes

Como consecuencia de la extracción dental aparece la atrofia del hueso alveolar, lo cual puede repercutir en la colocación de un implante. Para contrarrestar estas alteraciones anatómicas se han propuesto diversas técnicas de regeneración ósea.

Estos procedimientos pueden incluir diferentes abordajes de sellado alveolar, como el cierre primario con un colgajo de avance coronal, mediante el uso de membranas de barrera y cicatrización abierta, o bien mediante cicatrización abierta sin métodos de barreras.

A pesar de que la eficacia del tratamiento con preservación alveolar ha sido ampliamente investigada en varias revisiones sistemáticas y metaanálisis, aún existe un déficit de información a la hora de comparar técnicas de sellado alveolar específicas.

## Objetivo

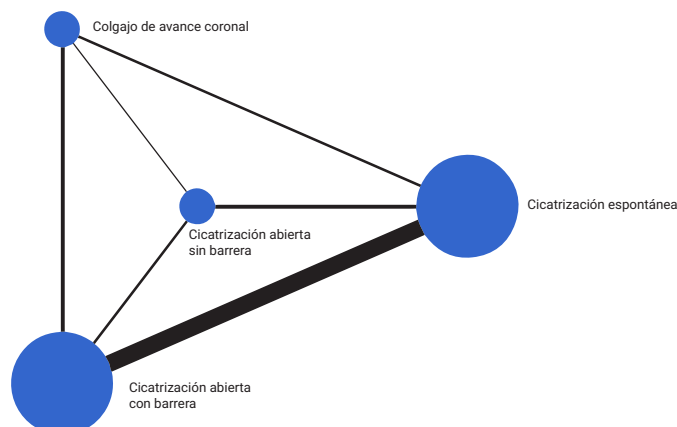
Determinar qué técnica de sellado alveolar tiene el mayor potencial para obtener la preservación de las crestas alveolares.

## Materiales y métodos

- Los autores revisaron sistemáticamente los ensayos clínicos que evaluaban las diferentes técnicas de sellado alveolar:
  - Preservación de la cresta alveolar con "cierre primario":
    - colgajo de avance coronal;
    - injerto gingival libre;
    - injerto de tejido conectivo.
  - Preservación de la cresta alveolar sin cierre primario (barrera expuesta), y técnicas sin sellado alveolar:
    - preservación de la cresta alveolar (sin barrera);
    - sin preservación de la cresta (cicatrización espontánea).
- Todas las comparaciones de la cresta alveolar se realizaron al menos dos meses después de la extracción dental, y en la dimensión horizontal, ya sea mediante medición clínica o mediante evaluación radiográfica.
- Los autores realizaron un análisis estadístico para clasificar las técnicas según su eficacia clínica.

**Gráfico:** Mapa esquematizado de los resultados clínicos y tomográficos tras la preservación alveolar con tres enfoques de sellado o curación espontánea.

El tamaño de los nodos es proporcional al número de pacientes que recibe cada tratamiento, mientras que la anchura de las líneas es proporcional al número de ensayos que comparan los tratamientos conectados.



**Tabla:** Comparación de los tamaños del efecto (cambio medio de la anchura de la cresta en milímetros) y probabilidad de ser el mejor tratamiento (rangos) para cada abordaje de sellado y estimado a partir del metaanálisis de la red.

Tratamiento de referencia	Tratamiento comparativo	Tratamiento del efecto *	95% intervalo predictivo
Cicatrización espontánea	Cierre primario	1,18	0,21 to 2,13
	Cicatrización abierta con barrera	1,10	0,49 to 1,69
	Cicatrización abierta sin barrera	0,46	-0,70 to 1,64
Cierre primario	Cicatrización abierta con barrera	-0,08	-1,02 to 1,64
	Cicatrización abierta sin barrera	-0,71	-1,98 to 0,57
Cicatrización abierta con barrera	Cicatrización abierta sin barrera	-0,62	-1,78 to 0,54
<i>Probabilidad de ser el mejor tratamiento</i>			
	Cierre primario	52,7%	
	Cicatrización abierta con barrera	39,1%	
	Cicatrización abierta sin barrera	8,2%	
	Cicatrización espontánea	0%	

\* Los valores positivos indican una mayor anchura de la cresta en el tratamiento comparativo que en el tratamiento de referencia. Los valores negativos indican una menor anchura de la cresta en el tratamiento comparativo que en el tratamiento de referencia.

## Resultados

- En el estudio se incluyeron 22 ensayos clínicos.
- Mientras que el uso único de un injerto de sustituto óseo en el alveolo postextracción fue equivalente a no hacer nada en términos de contracción horizontal de la cresta alveolar tras dos meses, añadir una membrana de barrera sí resultó beneficioso.
- Se observó una preservación de la anchura de la cresta más eficaz cuando el alveolo fue sellado con un colgajo de avance coronal, un injerto gingival libre o un injerto de tejido conectivo en lugar de con una membrana.
- No se observaron diferencias significativas entre la conservación de la cresta alveolar con cierre primario del alveolo en comparación con la cicatrización secundaria (con o sin barrera).
- Finalmente, tampoco se encontraron diferencias significativas entre las distintas técnicas de sellado alveolar.

## Limitaciones

- En esta revisión sistemática solo se evaluó la dimensión ósea horizontal, lo que excluyó la dimensión vertical. Sin tener en cuenta esta información crítica no se puede realizar una evaluación completa.
- Además, como en la mayoría de los meta-análisis en el campo de la odontología, la heterogeneidad (variación de los resultados entre los estudios) es muy elevada. Esto significa que cualquier conclusión extraída de los resultados de la comparación estadística debe tomarse con precaución.

## Conclusiones e impacto

- Para mantener la anchura de la cresta, el uso único de un sustituto de injerto óseo en un alveolo postextracción proporciona poco o ningún beneficio.
- El alveolo debe ser sellado, y el injerto debe ser cubierto para reducir los cambios en la anchura del hueso alveolar.
- La mejor manera de cubrir el sustituto óseo es con tejido autólogo, como un colgajo de avance coronal, un injerto gingival libre o un injerto de tejido conectivo.
- Este artículo proporciona conclusiones basadas en la evidencia para cubrir un sustituto de injerto óseo de cara a la reducción de la contracción horizontal tras la extracción de la cresta alveolar.



JCP Digest 103 es un resumen del artículo "Comparación de la eficacia de diferentes técnicas para sellar el alvéolo durante la preservación de la cresta alveolar: meta-regresión y meta-análisis en red". J Clin Periodontol. 49 (7):694-705. DOI: 10.1111/jcpe.13628.



<https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.13628>



Acceso a través de la página web para miembros de la EFP <http://efp.org/members/jcp.php>